

DIE SELBST-REGULATIONS-HIERARCHIE (SRH) – EIN KONZEPT FÜR DIE ARBEIT MIT GRUNDBEDÜRFNISSEN, EMOTIONEN UND BEWÄLTIGUNGSREAKTIONEN IN THERAPIE UND SUPERVISION

GERHARD ZARBOCK

IVAH Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg gGmbH

ZUSAMMENFASSUNG: Mit dem Konzept der Selbst-Regulations-Hierarchie (SRH) wird eine diagnostische Heuristik vorgestellt, die es ermöglicht Situationen daraufhin zu analysieren, wie diese sich auf Grundbedürfnisse, Emotionen, Kognitionen und basale Coping-Reaktionen auswirken. Hierdurch wird es möglich, Erleben und Verhalten von Menschen unter der Perspektive von frustrierten Grundbedürfnissen, von ausgelösten Emotionen und automatisierten Kampf-Flucht-Bewältigungsmustern ergänzend zur horizontalen und vertikalen Verhaltensanalyse zu verstehen und auch entsprechende therapeutische Zugänge zu wählen. Ein Modell menschlicher Grundbedürfnisse, eine Auflistung basaler und sozialer Emotionen mit verbundenen Handlungstendenzen sowie behaviorale Bewältigungsmuster werden praxisnah vorgestellt. Klinische Anwendungsbeispiele verdeutlichen Vorgehen und Nutzen des Ansatzes.

SCHLÜSSELWÖRTER: Selbstregulation, Grundbedürfnisse, Emotionen, fight-flight-freeze, Bewältigung

THE SELF REGULATION HIERARCHY (SRH) – AN APPROACH TO WORK WITH BASIC NEEDS, EMOTIONS AND COPING REACTIONS IN THERAPY AND SUPERVISION

ABSTRACT: The concept of self regulation hierarchy (SRH) is presented as a diagnostic heuristic, which allows situational analysis concerning core needs, emotions, cognitions and basic coping responses. This approach adds information to the horizontal and vertical behavioral analysis and provides additional diagnostic and therapeutic perspectives. A model of human core needs, a list of basic and social emotions including (inborn) attached action tendencies, and behavioral coping responses are presented in some detail. Clinical case examples illustrate the approach and the benefits of the SRH.

KEYWORDS: self regulation, core needs, emotions, fight-flight-freeze, coping responses

EINLEITUNG:
BISHERIGE FRAGERICHTUNGEN
ZUM PROBLEMVERSTÄNDNIS
IN DER VT

Neben der Erhebung von allgemein psychologisch-psychiatrischen Befunden (Differenzialdiagnose, psychopathologischer und psycho-sozialer Befund) beginnt der Verhaltenstherapeut schon am Anfang seiner Kontaktaufnahme mit dem Sammeln von Informationen für das Störungsmodell. In der Regel werden dabei – ganz allgemein gesehen – folgende Quellen und Strategien genutzt:

Durch Befragung zur Symptomatik, zur Krankheitsgeschichte und zum Lebensverlauf versucht der Verhaltenstherapeut Entstehungsbedingungen (Stichwort: Risikofaktoren), mögliche Erstauftrettsbedingungen (Stichworte: Überforderungserlebnisse, critical life events, Traumata) ebenso zu eruieren wie mögliche aufrechterhaltende Bedingungen der Störung (Stichworte: fortbestehende Belastungen, symptomatische Teufelskreise, Funktionalitäten der Symptomatik).

Zusätzlich und spezifizierend wird der Verhaltenstherapeut sich ein oder zwei Problemverhaltensweisen im Rahmen einer Mikroanalyse im Detail anschauen. Hierzu wird er gemeinsam mit dem Patienten im Kernbereich einer Symptomatik (z.B. dem depressiven Grübeln, dem Waschzwang) die einzelnen Ebenen des symptomatischen Verhaltens aus Physiologie, Emotion, Kognition und beobachtbarem Verhalten aufschlüsseln. Der Klassiker der Verhaltenstherapie ist, zumindest im deutschen Sprachraum, das SORKC-Modell (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000). Hierbei wird unter der R-Variablen das Leid verursachende Problemverhalten gefasst. In einer Analyse wird der Therapeut dann durch gezielte Fragen, ggf. auch durch Beobachtungsaufgaben für den Patienten, versuchen

herauszufinden, was typischerweise vorübergehende einzelne Stimuli oder auch komplexere Situationen („S“) sind und wie der Zustand des Organismus ist, den die Person in die Problem generierende Situation mitbringt (die „O-Variable“). Beim Verhalten müssen dann auch die vier Manifestationsebenen Physiologie („Rphys“), Emotionen („Remot“), Kognitionen („Rkog“) und beobachtbares Verhalten („Rmot“) unterschieden werden. Die Kontingenz (K) gibt den Verstärkerplan an. Bei Problemverhalten ist „K“ jedoch oft „immer“ oder „fast immer“, da beobachtbares Verhalten („Rmot“) und Konsequenzen („C“) regelhaft und ohne Ausnahmen aufeinander folgen. Die genaue Analyse von „K“ kann in der Praxis meist entfallen. Wichtig ist sie dann, wenn Konsequenzen („C“) von außen nach einem bestimmten Plan (z.B. als Quote: nur jede dritte Reaktion [„Rmot“] wird verstärkt) vorgegeben werden können. Dies ist regelhaft nur bei experimentellen Untersuchungen möglich, für die Praxis also weniger bedeutsam.

Bei der Analyse der Konsequenzen ist dann unbedingt darauf zu achten, dass in der Regel nur das motorische Willkürverhalten im Sinne der operanten Konditionierung überhaupt durch Konsequenzen gesteuert werden kann. Hier wird der Therapeut durch Fragen meist herausarbeiten können, dass oft eine sogenannte Aversionserleichterung – im Sinne der negativen Verstärkung – das motorisch-symptomatische Verhalten aufrechterhält. Oft tritt zusätzlich noch eine positive Verstärkung der Symptomatik im Sinne von psychosozialer Aufmerksamkeit hinzu. Im geleiteten Entdecken wird der Therapeut dann mit dem Patienten untersuchen, worin die langfristigen, meist negativen Folgen (= der Leidensdruck) der Symptomatik bestehen. In der Regel handelt es sich hier um den Verlust von Lebensmöglichkeiten im Sin-

ne des Verstärkerverlustes, wie auch um aversive Zustände als Spätwirkungen des Symptom-Verhaltens (z.B. Vernarbung der Arme beim Schneiden, gesundheitliche Schäden durch das bulimische Erbrechen, generalisierte Vermeidung und Phobophobie (Angst vor der Angst) bei Angststörungen).

Ein kognitiv arbeitender Therapeut wird den Patienten nach typischen Problemsituationen und in ihnen auftretenden Kognitionen befragen. In der Regel sind dies Situationen, in denen starke negative Emotionen oder körperliche Spannungs- und Missempfindungen auftreten.

Bei diesen Situationen geht der kognitive Therapeut davon aus, dass nicht primär die äußere Situation (Stichwort: Kamerablick) die intensive und aversive Reaktion des Patienten im Sinne eines konditionierten Geschehens erklärt, sondern dass die Gedanken des Patienten, die in der Situation auftreten, die Ursache für die negativen Reaktionen sind (Merkatz: Nicht die Dinge an sich, sondern unsere Einstellung zu ihnen beunruhigt uns). Je nach technischer Orientierung wird daher in der kognitiven Analyse versucht, negative automatische Gedanken (NAG) (z.B.: „Die lehnen mich ab“, „Ich kann das nicht“) oder dysfunktionale Einstellungen („Ich muss perfekt sein“, „Ich darf keine Fehler machen“) als „Verursacher“ der Reaktion des Patienten aufzufinden.

Ein meta-kognitiver Therapeut hingegen im Sinne von Wells (Wells, 2011) oder Hayes (Hayes, Strohsal & Wilson, 2012) wird sich nicht um den genauen negativen Inhalt der Gedanken und ihre mögliche Widerlegung kümmern, sondern allgemein einen inneren Abstand von negativen Gedanken anstreben (Merkatz: Gedanken sind nur Gedanken – eben nicht die Wirklichkeit).

Ein weiterer Ansatz ist der der vertikalen Verhaltensanalyse (Caspar, 2007).

Dieses Konzept geht davon aus, dass Verhalten plangesteuert ist. Es werden Annäherungs- (z.B. „Gewinne Aufmerksamkeit“) und Vermeidungspläne (z.B. „Verhindere Kontrollverlust“) unterscheiden. Der Therapeut wird bei der Befragung des Patienten auffälliges Verhalten identifizieren (z.B. kein Lob annehmen können) und versuchen zu erkunden, ob dieses Verhalten plangesteuert ist. Durch Fragen wie: „Warum?“, „Was befürchten Sie, wenn...“, „Was könnte passieren, wenn...“ wird eine Plan-Hypothese generiert, wobei der Plan quasi das Motiv (= das eigentliche Ziel) hinter dem beobachtbaren Verhalten darstellt. Der „Test“ auf „Richtigkeit“ der Hypothese besteht dann in der Suche nach weiteren beobachtbaren Verhaltensweisen, die unter Kontrolle des Planes stehen. In unserem Beispiel konnte der Plan „Vermeide Abhängigkeit“ herausgearbeitet werden. Ebenfalls unter Kontrolle dieses Planes standen Verhaltensweisen wie „Beim Essen im Lokal mit anderen immer auf getrennte Rechnungen bestehen“ und „Keine Geschenke annehmen“.

Hiermit war „bewiesen“, dass es sich tatsächlich um einen für den Patienten wichtigen Plan handelte, da er mehrere Verhaltensweisen kontrollierte.

Ein zentraler maladaptiver Plan wird in einem nächsten Schritt beim Vorgehen nach Zarbock (2011, S. 310 ff.) mit einer Grundannahme über das eigene Selbst oder „die anderen“ durch die Frage „Wie muss man sich selbst oder die anderen sehen, damit ein solcher Plan Sinn macht?“ in Verbindung gebracht. Bei der Formulierung der „passenden“ Grundannahmen gehen natürlich auch noch andere Informationen wie die Diagnosen des Patienten, seine biografischen Risikofaktoren und die interpersonelle wie sonstige Eindrucksbeurteilungen durch den Therapeuten mit ein. Im Beispielfall ließen sich so die Grundannahmen „Andere lehnen

mich ab“ und „Ich bin nicht OK/nicht liebenswert“ erarbeiten. In einem weiteren Schritt („Mit diesen Annahmen sind Sie ja nicht geboren worden – wie haben Sie diese Annahmen gelernt?“) wird die Entstehung dieser negativen Grundannahmen als Resultat biografischer Schlüssel-situationen (Zarbock, 1994) verständlich gemacht. Im Beispielfall ließen sich wiederholte Äußerungen der Mutter wie „Wegen dir ist mein Leben ruiniert. Ich war gezwungen, mit deinem Vater wegen dir zusammenzubleiben, sonst hätte ich viel mehr aus mir machen können.“ auf-finden.

Aus der schwierigen Ehesituation seiner Eltern und den Schuldzuweisungen seiner Mutter hatte der Patient die An-nahmen abgeleitet, nicht liebenswert zu sein und generell abgelehnt zu werden.

All diese Frageroutinen sind dem erfah-renen Verhaltenstherapeuten durchaus ge-läufig, decken aber nur einen Teil der verbalen Aktivität ab, die in der Stunde zwischen Therapeut und Patient tatsäch-lich stattfindet.

Insbesondere der Bereich der Emotionen und der Grundbedürfnisse wird durch oben genannte Fragetechniken nicht oder nicht hinreichend erfasst.

Meist berichten Patienten in der The-rapiestunde über ihr Erleben in *Situatio-nen*. Also – nach der Bedeutungsdefini-tion des Dudens – über Verhältnisse und Umstände, in denen sie sich zwischen den Therapiesitzungen oder in wichtigen Momenten ihrer Biografie befunden ha-ben.

Im Folgenden soll ein Konzept dar-gestellt werden, wie ein Verhaltensthera-peut solche *Situationsschilderungen* auf die in ihnen auftretende *Selbstregulation* befragen kann. Bei der Selbstregulation werden Emotionen und Grundbedürfnisse neben Kognitionen und Coping-Ver-halten zentral berücksichtigt.

DIE SELBST-REGULATIONS-HIERACHIE ALS EINE WEITERES KONZEPT ZUR ANALYSE UND DARSTELLUNG VON SELBSTREGULATION IN KONKRETEN PROBLEM- SITUATIONEN

Die biografisch-systemische Verhaltens-therapie (Zarbock, 2011) geht von der Zentralität der Grundbedürfnisse für den psychotherapeutischen Prozess (s.a. Gra-we, 1998) aus. Die Grundbedürfnisse (Bindung, Autonomie/Orientierung/Kont-rolle, sowie Selbstwerterhöhung und Un-lustvermeidung/Lustgewinn und überge-ordnet Konsistenzstreben/Identität) sind immer gegenwärtig und lassen sich nicht „abschalten“. Bindung und Autonomie sind hierbei aufeinander bezogen, so dass gelingende Bindung mit den Aspekten „sicherer Hafen“ wie auch „sichere Basis“ die Entwicklung von Autonomie erleich-tert. Ein weiterer Bezug besteht zwischen Selbstwerterhöhung und Unlustvermeidung in dem Sinne, dass ausgeprägte habituelle Unlustvermeidung (sog. Span-nungsintoleranz, Disstressintoleranz, An-strengungsvermeidung) Belohnungsauf-schub erschwert. Die „Notwendigkeit“, sofort belohnt werden zu müssen und unangenehme Anspannung nicht länger aushalten zu können, ist schlecht für das Selbstwertgefühl. Selbstwertgefühl ist immer auch von positiven Leistungsrück-meldungen abhängig. Eine ausgeprägte Unlust- und Anstrengungsvermeidung führt zwangsläufig zur Verhaltenssteue-rung durch kurzfristige Konsequenzen. Selbstwertgefühl und Stolz als Früchte von Leistungserbringung setzen hingegen oft Arbeit, Anstrengung, Übung und die Überwindung von „Durststrecken“ mit der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub voraus. Somit bedingt eine ausgeprägte Tendenz zur Unlustvermeidung oft durch fehlende Erfolgserlebnisse ein reduziertes Selbstwertgefühl.

Nach der Auffassung der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie repräsentieren die Grundbedürfnisse die organismische Vitalsubstanz des Menschen und in jeder Situation werden Grundbedürfnisse daher entweder erfüllt oder frustriert, wobei es natürlich auch sein kann, dass bestimmte Grundbedürfnisse zeitweilig so abgesättigt sind, dass sie im Moment der Situation nicht aktiv sind.

Aus einer neurobiologischen Perspektive (Lammers, 2007) sind die Emotionen zentrale Motivatoren menschlichen Verhaltens. Wir können davon ausgehen, dass, genauso wie die Grundbedürfnisse nie „abzuschalten“ sind, auch eine emotionale Tönung des Geschehens allgegenwärtig ist. Diese emotionale Tönung kann sehr schwach und kaum merklich sein. In der Regel wird aber eine Situation eine emotionale Tönung haben, da der Organismus Situationen immer in der einen oder anderen Weise automatisch daraufhin bewerten wird, ob sie für sein weiteres Überleben förderlich oder ggf. bedrohlich sein könnten. Die Basisemotionen Angst, Wut, Trauer, Ekel, Verachtung, Überraschung und Freude/Glück gehören zur psychobiologischen Grundausstattung des Menschen und sind in ihrem Gesichtsausdruck über alle Kulturen hinweg identisch (Ekman, 1993).

Für jede dieser Grundemotionen gibt es eine typische Auslösesituation und auch einen angeborenen Handlungsentwurf. Dieser Handlungsentwurf kann natürlich sekundär überreguliert und gehemmt werden. Auf eine Emotion kann eine zweite folgen, so kann z.B. empfundene Wut eine „gelernte“ Angst (vor Strafe) auslösen. Emotionen können auch durch Kognitionen nachträglich bewertet („Das gehört sich nicht“) und dann mit entsprechendem äußerlich sichtbarem oder nur innerlich erfolgreichem Verhalten (z.B. durch Muskelanspannung, bewuss-

te Veränderung der Atmung etc.) ausgedrückt (Signalreaktion) oder schon gegenreguliert werden.

Viele Situationen finden auch in komplexen sozialen Kontexten statt. Insofern sind die sozialen Emotionen Schuld, Scham, Neid, Eifersucht und Stolz ebenfalls zentral zu berücksichtigen. Diese Emotionen unterliegen stärker sowohl in der Auslösung wie auch in der Bearbeitung und dem Ausdruck einem kulturellen Lernprozess als die Basisemotionen.

Emotionen haben unter evolutions- und psycho-biologischer Perspektive folgende Funktionen:

- a. Emotionen informieren den Organismus schnell über die Bedeutungen von Situationen.
- b. Emotionen bahnen organismisch oder psycho-sozial adaptive, ggf. sogar überlebenssichernde Verhaltensantworten auf Situationen.
- c. Emotionen ermöglichen Priorisierung von Handlungsalternativen und strukturieren den ansonsten „überladenen“ Wahrnehmungsraum nach Wichtigkeit und Wertigkeit.
- d. Emotionale Ausdrucksäquivalente (Signalreaktionen) im Gesicht wie im übrigen Körper senden automatisch interpersonelle Botschaften und können so Beziehungen automatisch und prä-reflexiv regulieren.

GRUNDBEDÜRFNISSE UND EMOTIONEN

Prinzipiell können Emotionen auch anzeigen, wie es um die Grundbedürfnisse „steht“. Bei Bedrohung und Frustration von Grundbedürfnissen werden negative anhedonische Emotionen wie Angst, Trauer, aber auch Scham eine Rolle spielen. Bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen werden Freude, Glück oder Stolz im Vordergrund stehen.

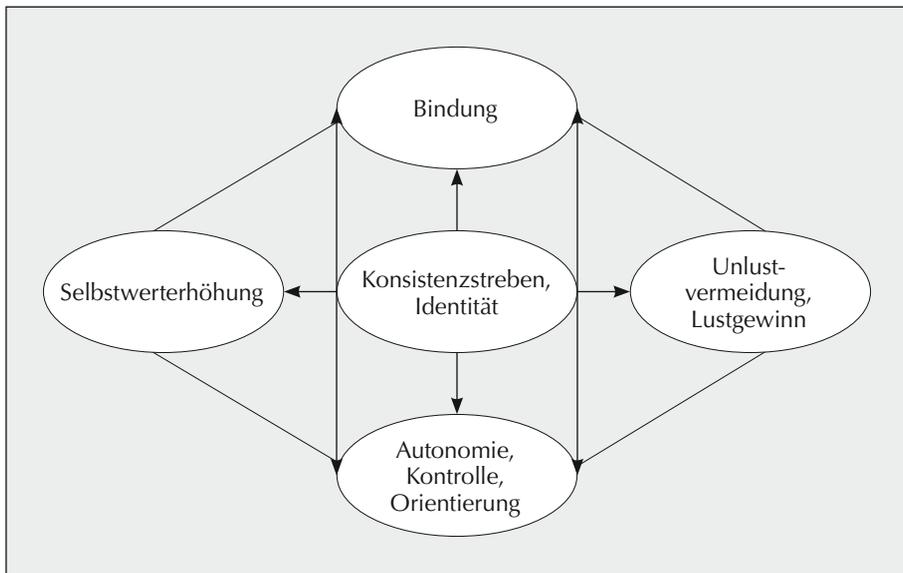


Abbildung 1: Grundbedürfnismodell

Jede Situation ist mehr oder weniger stark emotional getönt. Auch ein Ruhezustand ohne Bedrohungserleben wird eine leicht positive Valenz im Sinne der Emotion Freude/Glück oder eine schwache Ausprägung von Stolz haben, da kein Bedrohungserleben vorliegt. Außerdem dürfte in der Regel ein Annäherungsverhalten aktiviert sein, das heißt, man macht mit dem, was man gerade tut, weiter oder aber es liegt eine parasympathische Ruhetönung des Gesamtorganismus vor, die ebenfalls die Abwesenheit von Bedrohung und Belastung voraussetzt. Wir gehen also davon aus, dass eine Situation sich fast immer dahin gehend befragen lässt, welche Grundbedürfnisse potenziell oder auch real in ihr bedroht oder befriedigt werden können und welche Emotionen daher vermutlich durch die Situation aktiviert sind.

Hierbei wird die „Situation“ als psychosoziales Setting verstanden, das seinen Bedeutungsgehalt, seinen Anforderungscharakter, die aktivierten Er-

wartungen und implizit mitgeltenden Normen und Werte aus der kulturellen Sozialisation und dem aktuellen kulturellen Kontext des Patienten bezieht.

Zu einem mehr oder weniger starken Anteil wird die Situation aber oft nicht von solchen „allgemein verständlichen“ sozio-kulturellen Standards, sondern von ganz individuellen Bedeutungszuschreibungen des Patienten bestimmt. In solchen Fällen ist die relevante Situation dann nicht ein durch kulturelle Teilhabe verständliches psychosoziales Setting, sondern eine hoch individuelle „Verzerrung“ der Situation durch die das Patientenerleben dominierenden negativen Gedanken, Einstellungen oder aktivierten Schemata. In solchen Fällen muss der hoch individuelle Bedeutungsgehalt der Situation, die „Verzerrung“, erst erkannt, erkundet und verstanden werden. Das individuelle Bedeutungserleben und nicht die quasi „objektive“ psychosoziale Situation bildet dann den Ausgangspunkt für die weitere Analyse.

DIE IN DER SITUATION AKTIVIERTEN EMOTIONEN

Man kann durch den Bezug auf die Basis- und sozialen Emotionen entweder durch die Kenntnis der „prototypischen“

organismischen Auslösesituationen oder die Kenntnis der sehr individuellen Lerngeschichte („Verzerrung“) gut angeben, welche Emotionen in einer Situation aktiviert sein müssten. Darüber hinaus kann man die meisten Patienten über

Tabelle 1: *Basis- und soziale Emotionen (ergänzt aus Zarbock, 2011, und Bohus, 2002)*

Emotion	Auslösende (Beziehungs-)Situation	Handlungstendenz
Angst	Ich oder etwas mir Nahestehendes wird bedroht, und ich fühle mich unterlegen.	Flucht zum Schutz
Ärger, Wut	Ich oder etwas mir Nahestehendes wird angegriffen und ich fühle mich überlegen oder gleichstark.	Gegenangriff und Abwehr
Trauer	Ich habe jemanden oder etwas mir Wichtiges verloren.	Rückzug, Neuorganisation wichtiger Beziehung
Verachtung	Andere verstoßen gegen mir/der Gruppe sehr wichtige Werte, Normen und Sitten.	Ausschluss des anderen aus der Gruppe bis hin zur Tötung
Ekel	Etwas Unangenehmes, Widerliches kommt mir nahe oder dringt in mich ein.	Weg- oder Ausstoßen als Schutz vor Vergiftung und Schädigung
Freude	Ich erhalte oder erreiche etwas Positives oder Gutes. Ein Bedürfnis oder Wunsch wird befriedigt.	Genuss und Entspannung oder Wiederholung oder Weiterführung der erfolgreichen Handlung mit dem Sinn, die Häufigkeit von positiven Zuständen zu erhöhen
Überraschung	Etwas Unerwartetes passiert.	Innehalten und Hemmung des gewohnten Handlungsablaufes und vertiefte Exploration
Schuld	Ich habe ein moralisches Gebot übertreten oder eine Regel gebrochen.	Wiedergutmachung mit dem Ziel der Wiederaufnahme oder des Wiederanschlusses an die soziale Gruppe
Scham	Ich entspreche nicht meinen Idealen, Wunschbildern und Ansprüchen an mich selbst.	Sich verbergen und klein machen mit dem Sinn der Kritikvermeidung durch andere
Stolz	Mein Selbstwertgefühl ist erhöht, weil ich selbst oder andere Menschen, mit denen ich mich identifiziere, eine besondere Leistung erbracht haben.	Dokumentation von sozialer Dominanz oder Höherstellung
Neid und Eifersucht	Jemand hat etwas (Neid) oder jemanden (Eifersucht), was oder wen ich nicht habe.	Zerstörung oder Wegnahme des Objektes oder der Person mit dem Ziel der Selbstversorgung
Mitgefühl, Mitleid	Jemand, dem ich mich verbunden fühle, leidet.	Trösten und Verständnis äußern, ggf. aktives Helfen
Mitfreude	Jemand, dem ich mich verbunden fühle, bekommt oder erreicht etwas Gutes.	Zeigen der Freude, Würdigung der Person, Verstärkung ihrer Freude, Verbundenheit zeigen
Wohllollen/ Freundlichkeit	Ich wende mich einer Person/einem Tier bejahend/unterstützend zu.	Helfen, Verbundenheit herstellen, Unterstützung, Nicht-Bedrohung signalisieren
Gleichmut	Bei Negativem, aber auch Positivem, bleibe ich gelassen, kann „radikal akzeptieren“.	Selbstberuhigung durch „Weisheit“ und Einsicht in die Grundproblematik der menschlichen Existenz

ihre Emotionen durch geleitetes Entdecken gut befragen, wenn man sie darin unterstützt, Körperempfindungen („angespannt“, „flaues Gefühl“), von Gedanken („Er mag mich nicht“, „Ich kriege Ärger“) und beide dann von den Emotionen im eigentlichen Sinne zu differenzieren.

EMOTIONEN: PRÄ- ODER POST-KOGNITIV?

Emotionen können sowohl prä- wie post-kognitiv sein. Bei allen Beschreibungen von isolierten neurobiologischen oder neuro-psychologischen Arbeitsmodulen im Gehirn und deren Zuordnung zu Hirnstrukturen ist zu beachten, dass solche Zuordnungen oft „überzeichnet“ und stark vereinfacht sind. Vieles im Gehirn ist sogar mehrfach miteinander verbunden, es gibt zuführende und abgehende Nervenfaserbündel, auch gibt es oft Feedbackschleifen, mit denen „höhere“ Hirnzentren Verarbeitungsprozesse an vorgeschaltete Hirnareale rückmelden, nachdem sie von diesen „Input“ bekommen haben.

LeDoux (1998) hat den schnellen Weg der Emotionen über den Thalamus – ohne Einbezug der Großhirnrinde – popularisiert. Für Angstreaktionen gilt z.B., dass wir zuerst vor der plötzlich sich dahinschlängelnden Schlange auf dem Weg zurückschrecken, bevor uns überhaupt bewusst wird, dass es überhaupt eine Schlange ist. Das plötzliche Zurückschrecken ist Resultat einer neuro-biologischen Abkürzung: Vom Sinnesorgan Auge über die Sehbahn zum Thalamus und von dieser dann wieder zur motorischen Rinde zur Initiierung des Schreckreflexes. Die umfänglichere Verarbeitung des Reizes (Größe der Schlange, Farbe, Bewegungsrichtung, Bestimmung der genauen Schlangenart) erfolgt später, wenn der Schreck vorbei ist.

Vermutlich können wir auch bei anderen Emotionen von einem doppelten Verarbeitungsweg ausgehen: einem schnellen, reflexhaften, der auf einer schnellen und rudimentären Reizkodierung im Thalamus und der Amygdala (Mandelkern) beruht und einem langsameren, genaueren, der die tertiären Assoziationsareale und das episodische Langzeitgedächtnis sowie die Sprachzentren (verbale, denkerische Bearbeitung und Beurteilung der Situation) miteinbezieht.

Manche Emotionen lassen sich auch auf pro-aktive Kognitionen im Sinne von Einstellungen und Situations-Ergebnis-Erwartungen (Bandura, 1977) und volitive (willentliche) Aufmerksamkeitsausrichtungen und Strategien der selektiven Wahrnehmung und der Informationsabwehr zurückführen.

Das Vorurteil ist hierfür ein gutes sozial-psychologisches Beispiel. Gehe ich davon aus, dass Angehörige der Minorität A die Eigenschaften und Verhaltensweisen X, Y und Z haben, die ich zutiefst ablehne (Basisemotion: Verachtung), werde ich genau diese Eigenschaften und Verhaltensweisen „entdecken“, wenn ich mit Angehörigen der Minorität A in Kontakt komme (confirmation bias).

Die Emotion der Verachtung ist hier nicht prä-kognitiv, sondern post-kognitiv. Verachtung ist hier das Resultat einer vorangegangenen Aktivierung von Kognitionen und Wahrnehmungsausrichtungen.

Die auf die eigene Person und die eigenen interpersonellen Beziehungen sich beziehenden „Verzerrungen“ lassen sich als „Vorurteil über sich selbst“ verstehen. Durch pro-aktive (vorauswirkende) Situations-Ergebnis-Erwartungen, selektive Wahrnehmungen und sich selbst erfüllende Prophezeiungen bestätigt sich das Vorurteil immer wieder. In der Schematherapie wird das „Vorurteil über sich selbst“ als „Schema“ bezeichnet. Ursache von negativen Schemata sind trau-

matisierende, Grundbedürfnis frustrierende Lernerfahrungen, auch im Sinne von schädigenden, malignen Botschaften wichtiger Bezugspersonen – oft in den ersten beiden Dekaden der Biografie.

VERSCHIEDENE KOGNITIONSTYPEN IM EMOTIONSUMFELD

Es lassen sich nun verschiedene Kognitionen „in der zeitlichen Nähe“ von Emotionen unterscheiden.

Kognitionen können der Emotionsbegleitung oder Emotionsausgestaltung dienen. Bei Angst wäre das z.B. ein Gedanke wie: „Das ist gefährlich – schnell weg, hoffentlich passiert nichts“. Bei Scham wäre das eine Kognition wie: „Oh Mist, wie peinlich – bloß nicht...“.

Eine weiterer „Typ“ von Kognitionen dient im Sinne der Meichenbaumschen Selbstverbalisation (Meichenbaum, 1971) schon zur Selbstregulation. Emotionen können kognitiv etwa mit inneren Anweisungen wie: „Lasse es keinen merken, beiß die Zähne zusammen, überlege dir schon eine gute Ausrede...“ reguliert werden.

Im Sinn von Beck lassen sich oft auch negative, automatische Gedanken wie („Das schaffst Du nicht“, „Die lehnen Dich ab“, „Du bist peinlich“, „Ich versage bestimmt“) im Emotionsumfeld auffinden. Die Frage, ob diese Gedanken ursächlich für die Emotionen sind (was die klassische kognitive Emotionstheorie annimmt) oder aber „nur“ Ausdruck der vorgängig aktivierten Emotionen sind, ist nicht immer eindeutig klar.

Eine zusätzliche Ebene ist in (selbst-) bewertenden Kognitionen gegeben. Hier ist die Emotion Anlass für erhöhte Selbstaufmerksamkeit (Hoyer, 2000) und einen Abgleich des Realerlebens mit den inneren Standards, dem Ideal-Selbst: „Davor Angst zu haben, ist kindisch“, „Wer nei-

disch ist und anderen nichts gönnt, ist ein schlechter Mensch“.

AUTOMATISCHE BEHAVIORALE ORGANISMUS-UMFELD-REGULATION

Fast gleichzeitig mit den Emotionen wird eine behaviorale Selbstregulation eintreten. Aus der oben dargestellten Emotionstabelle wird deutlich, dass alle Emotionen nahe liegende und meist sogar biologisch verankerte Handlungstendenzen aktivieren. Diese Handlungstendenzen werden dann – individuell wie kulturell umgeformt – entweder modifiziert in Handlungen umgesetzt oder aber „nach innen“ herunterreguliert.

Bei Auseinandersetzungen zwischen Personen, bei denen es evolutionsbiologisch oft um Rangordnungs- oder Territorialitätskonflikte geht, dominieren meist Wut oder Angst als Emotionen. Wut mit der Absicht, sich und sein Revier zu verteidigen und Angst vor Status- oder Revier-Verlust mit der Absicht zu fliehen, um Schlimmeres (Verletzung oder Tod) zu verhindern.

Es lassen sich weiterhin in Erweiterung von Cannon (1915) vier grundlegende Strategien der *Bewältigung von „existenziellen“ Bedrohungen (Bedrohungs-Bewältigung)* herausstellen: fight, flight, freeze und follow.

Fight (Kampf) ist hierbei die Kampfreaktion als Strategie bei Bedrohung durch einen Fressfeind und der Einschätzung, dass ein Angriff auf Grund der eigenen Kräfte möglich ist.

Eine zweite Variante der Kampfreaktion hat als Basis die Dominanzaggression, die von den Rangordnungs- und Revierauseinandersetzungen im Tierreich abgeleitet ist. Bei solchen Kämpfen ist neben der Aggression auch die Aggressionshemmung aktiviert, so dass im Tierreich schwerwiegende Verletzun-

gen des Gegners meist vermieden werden. Signalisiert einer der Kontrahenten Unterlegenheit durch eine Demutsgeste (z.B. durch Blickabwendung, Kopf senken und eine verbale „Entschuldigung“), setzt die Aggressionshemmung ein. Dennoch können auch Kommentkämpfe in Beschädigungskämpfe übergehen, wenn der Konflikt nicht zu lösen ist (Franck, 1997). Bei menschlichen Auseinandersetzungen führen oft Enthemmung durch Alkohol- oder Drogeneinfluss oder gruppendynamische Prozesse (Wettbewerb im Sinne einer Aggressionsspirale: Wer „traut“ sich mehr?) zu einer Aufhebung der „Beißhemmung“ und zum Übergang eines Kommentkampfes in einen Beschädigungskampf mit schwerer Verletzung oder Tod des Gegners.

Verhalten, das vom Kampfreflex mit der Emotion Wut abgeleitet ist, umfasst:

- a. Offene Angriffsreaktionen: Anschreien, drohen, schubsen, schlagen, treten, beschimpfen, dem Anderen direkt körperlich oder seinem Besitz einen Schaden zuzufügen.
- b. Reaktion mit zielgehemmter Angriffsaggression: Demonstrativ seinen Platz behaupten, festen Augenkontakt suchen, verweigern, ablehnen, zurückweisen, kritisieren oder entwerten und herabsetzen. Automatisch kann eine Aktivierung der Kau- („Beiß-“) und Arm-Hand- („Reiß-“) Muskulatur auftreten.
- c. Indirekte Äußerung der Kampfreaktion bei nach außen kaum sichtbarer Aggressivität: Formen der passiven Aggressivität mit absichtlicher Verlangsamung, zu spät kommen und indirekter Benachteiligung, Behinderung oder Beschädigung des „Gegners“ durch Vergessen, Verlieren, versehentlich etwas umwerfen, beschmutzen etc. Auch jegliche Form der Vergenauerung, der Überkontrolle und Reglementierung kann man als

Ausdruck von Angriffsaggressionen werten. Die zugrunde liegende Emotion ist oft Ärger. Kognitionen wie „Die Anderen machen es nicht richtig, sie machen Fehler, ich muss sie kontrollieren und quasi zwingen, es richtig zu machen.“ lassen sich oft erfragen. In diesem Moment des „Zwingers“ und der deutlichen Freiheitseinschränkung des Gegenübers liegt der aggressive Akt quasi verborgen.

Flight (Flucht) ist die Fluchtreaktion, die eine möglichst schnelle Entfernung von der Bedrohung anstrebt, da die Einschätzung besteht, dass der Gegner oder die Bedrohung übermächtig ist und ich nicht angreifen kann.

Bewältigungsreaktion, die von der Fluchtreaktion (Emotion Angst) abgeleitet sind:

- a. Direkte Fluchtreaktionen, in dem das Individuum sich einer bedrohlichen Situation direkt physisch durch Weggehen und Weglaufen entzieht. Ist ein direktes körperliches Fliehen nicht möglich, sind innere Unruhe, Tripelbewegungen, Blickabwendungen und hohe physiologische Aktivierung und auch von der Person in der Regel selbst wahrnehmbare Fluchtimpulse („Am liebsten würde ich weglaufen“) auszumachen. Aufgrund von sozialen Konventionen oder anderen Zwängen kann die Flucht ggf. nicht in die Tat umgesetzt werden.
- b. Auch die aktive Vermeidung kann als eine Spielart der Fluchtreaktion aufgefasst werden. Bei der aktiven Vermeidung ist jedoch die Angst nicht mehr als Motivator spürbar. Aktive Vermeidung äußert sich z.B. als exzessives Sporttreiben, exzessive Internetnutzung, „Daddeln am Handy“, exzessiver Pornokonsum und auch jede Form von realer Sensationssuche. Die Emotion Angst ist aber in solchen Fällen nur noch dann spürbar, wenn die

aktive Vermeidung unterbunden wird und eine Aufmerksamkeitsausrichtung nach innen erfolgt. Dann wird den Betroffenen in der Regel eine zumindest ängstlich gespannte Unruhe deutlich. Viele Patienten berichten aber auch über dann einsetzende depressive Stimmungen.

- c. Ebenso ist die passive Vermeidung von der Fluchtreaktion abgeleitet, wählt aber den Verhaltensrückzug und die Reduktion der Verhaltensrate als Strategie. Hierzu gehören Verhaltensweisen wie z.B. lange schlafen, Tagträumen, unaufmerksam sein, aber auch Verhaltensweisen, wie sich überessen, Alkoholintoxikation, Gebrauch von Drogen und Schmerzmitteln. Ggf. könnte man auch Varianten des depressiven Antriebsverlustes und des depressiven Vor-sich-Hinbrütens als Form passiver Vermeidung kennzeichnen.

Die *Freeze-Reaktion (Erstarren)* entspricht einem inneren Erstarren, Erdulden und Innehalten, da weder ein Angriff noch eine Fluchtreaktion möglich ist. Dies kann verschiedene Gründe haben. In psychosozialen Situationen finden wir Freeze-Reaktionen oft, wenn Kinder von den eigenen Eltern aggressiv oder sexuell misshandelt werden und sie in einen ausgeprägten Verwirrungs- und Schockzustand geraten, da die Personen, von denen sie naturgemäß Schutz und Sicherheit erwarten, nun zu Bedrohern und Missbrauchern werden.

Hinsichtlich der Verhaltensweisen, die von der Bewältigungsreaktion des Erstarrens abgeleitet sind, müssen wir uns verdeutlichen, dass Erstarren eine Notfallreaktion darstellt, wenn weder Angriff noch Flucht möglich sind.

In der Regel sind oft gleichzeitig Angst und Wut stark aktiviert. Wobei die Angst sich sowohl auf den Bedroher oder die bedrohliche Situation beziehen kann, als

auch auf die eigene Wut, da befürchtet wird, mit Äußerung von Wut ggf. die Situation noch zum eigenen Nachteil zu verschlimmern. In einer z.B. Vergewaltigungssituation, in der der Vergewaltiger das Opfer mit einem Messer und den Worten bedroht, dass jede Gegenwehr eine schwere Verletzung oder den Tod („Dann stech' ich dich ab“) zur Folge haben würde, wird das Opfer in der Regel erstarren und zwischen Angst und Wut hin- und herpendeln. Gleichzeitig dürften Emotionen wie Scham durch die Herabwürdigung und Ekel durch die erzwungene sexuelle Handlung ausgelöst werden. Diese Emotionen dürften aber so weit wie möglich unterdrückt werden, aus Angst, dass der Täter auf die Ekelreaktion mit vermehrter Aggression und Umsetzung seiner Tötungsdrohung reagieren könnte.

In abgeschwächter Form finden wir das Erstarren aber auch schon dann, wenn der Verbleib in einer Bedrohungs- oder Belastungssituation dadurch erzwungen wird, dass ein Vermeiden oder eine Flucht erhebliche Nachteile für die Person mit sich bringen würde. So können wir uns vorstellen, dass die Ehefrau eines gewalttätigen Ehemannes oft mit dem Bewältigungsmechanismus der innerlichen Erstarrung reagiert und seine Gewaltausbrüche und ggf. auch gewalttätig getönte sexuelle Handlungen über sich ergehen lässt, um Schlimmeres zu vermeiden. Die Bestrafung von Fluchtreaktionen dürfte die innere Anspannung immer noch verstärken und stellt ggf. auch durch die hohe und kaum bewältigbare Inkonsistenzspannung einen Risikofaktor für die Entwicklung von motorischen Stereotypen oder zwanghaften Verhaltensweisen dar.

Follow (Folgen, eigentlich: Unterwerfung). Wie oben schon bei der Dominanzaggression dargestellt, können auch Rangordnungsaggressionen als Prototy-

pen für das Verständnis von Bedrohungs- und Belastungsbewältigungsreaktionen herangezogen werden. Neben der Rangordnungs- oder Revieraggression soll hier ergänzend die Unterwerfung als komplementäre Bewältigungsreaktion betrachtet werden. Diese Bewältigungsstrategie ist für psychosoziale Situationen sehr wichtig, da es oft auch darum geht, in einer Gruppe bleiben zu wollen oder eine durch Streit bedrohte Beziehung zu erhalten. Im Tierreich ist Unterwerfung mit einer Demutsgeste verbunden. Die Demutsgeste löst dann durch Beschwichtigung eine Aggressions- und Tötungshemmung aus.

Das Individuum, das sich unterwirft, möchte im Schutz der Gruppe oder in der Beziehung zum Ranghöheren oder Dominierenden bleiben. Unterwerfungsverhalten kann daher in Beschwichtigungsgebärden, nonverbaler und verbaler Zustimmung oder aber auch in jeder Form von Entschuldigung („Tut mir leid, es war nicht so gemeint, es wird nicht wieder vorkommen“) sichtbar werden.

HOHE ERREGUNG FÜHRT ZUR EINENGUNG DES EMOTIONSSPEKTRUMS

Das differenzierte Emotionsspektrum zur (sozialen) Verhaltensregulation wird bei hoher psychophysiologischer Erregung auf Wut oder Angst, also auf Angriff oder Flucht, reduziert. Bei hoher Erregung wird dem Organismus ein Bedrohungs-Notfall signalisiert: Es geht um das nackte Überleben – und Kampf oder Flucht sind die einzigen Alternativen. Alle anderen, differenzierteren Verhaltens- und Erlebensoptionen sind – da für ein Überleben im Bedrohungsmoment überflüssig oder sogar hinderlich – gehemmt.

Die Reduktion der möglichen emotionalen Reaktionen bei starker Bedro-

hung und hoher psychophysiologischer Erregung („sog. Arousal“) auf das Kampf-Flucht-Schema macht es verständlich, warum eskalierte Konflikte oft stereotyp ablaufen.

TYPISCHE INTERPERSONELLE KOPPLUNGEN VON BEDROHUNGS- BEWÄLTIGUNGSREAKTIONEN

Im eskalierten, hoch erregten interpersonellen Streit-Kontext koppeln sich nun die Verhaltensantworten der Kontrahenten und bei länger bestehenden Beziehungen können sich typische Ablaufmuster herausbilden. Für die Paartherapie postuliert Roediger (2016b, S. 362) folgende, aufeinander bezogene Verhaltensantworten der Kontrahenten: Dominanz/Dominanz, Dominanz/Vermeidung, Dominanz/Unterordnung, Vermeidung/Vermeidung. Die Kenntnis solcher stereotypen Kopplungen von Bewältigungsreaktionen ermöglicht es, manche Abläufe besser verstehen zu können.

Eine Dominanz-Dominanz-Kopplung (Wut-Wut-Spirale) führt zur Eskalation bis hin zur physischen Gewalt.

Bei der Dominanz-Vermeidungs-Kopplung entzieht der vermeidende Partner sich den Dominanzversuchen, was wiederum dazu führen kann, dass der dominierende Partner „nachlegt“, was wiederum die Vermeidung noch verstärken kann.

Die Dominanz-Unterordnungs-Kopplung ist stabil, solange der sich unterordnende Interaktionspartner hinreichend „zufrieden“ ist. Das Bedürfnis nach Autonomie wird zurückgestellt, solange das Bindungsbedürfnis oder das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung (oft dysfunktional in der Form einer identifikatorischen Teilhabe an der Macht als Unterworfener) abgesättigt werden können.

Bei der Vermeidungs-Vermeidungs-Kopplung „schleichen beide Interaktionspartner um den heißen Brei herum“. Die Beziehung ist aber auch anregungsarm, langweilig und unbefriedigend, da – durch die sehr reduzierte Äußerungsrate – kaum noch Grundbedürfnisse befriedigt werden können.

FEINABSTIMMUNG DURCH EMOTIONSGEBAHTES VERHALTEN

Feinabstimmung ist möglich, wenn es nicht um hoch erregte und chronifizierte Streitabläufe zwischen Partnern oder um konflikthafte Begegnungen von „Fremden“ im „öffentlichen Raum“ mit dem Kampf um sozialen Status, „Revier- oder Besitzäquivalente“ mit intensiver Wut und Angst geht. Feinabstimmung des eigenen Verhaltens mit dem Verhalten anderer ist in komplexen Gruppenbeziehungen mit oft wechselnden Aufgaben-, Macht- und Bündniskonstellationen notwendig. Emotionen können helfen, psychosoziale Gruppenbeziehungen (Schuld, Scham, Stolz, Neid, Eifersucht, Verachtung, Freude), aber auch den eigenen Organismus (Ekel, Überraschung, Freude, Trauer) schnell und automatisch im Sinne emotionsbasierter Signalreaktionen zu regulieren. Im Idealfall reagieren die Interaktionspartner auf das Sichtbarwerden (die Signalreaktionen) von Angst, Trauer, Scham oder Schuld entsprechend, oft auch „automatisch“ co-regulierend. Damit solche interpersonelle Co-Regulation und automatische Feinabstimmung gelingen kann, sind schon anlagemäßig differenzierte zielführende Handlungstendenzen mit den jeweils ausgelösten Emotionen verknüpft. Eine Überblicksdarstellung findet sich in der Emotionstabelle.

SEKUNDÄRE EMOTIONEN ALS FORM MALADAPTIVER BEWÄLTIGUNG

Ist jedoch die emotionale (Selbst-)Wahrnehmung und der adaptive Emotionsausdruck lerngeschichtlich blockiert, so stehen die automatischen Signal- und Regulationsfunktionen der Emotionen nicht optimal zur Verfügung.

Man kann annehmen, dass viele Emotionen zwar primär ausgelöst, dann aber in einem zweiten Schritt in Selbstwahrnehmung und Ausdruck blockiert werden. Eine plausible Erklärung wäre, dass Emotionen wie Scham, Schuld, Trauer, Stolz, Freude etc. sekundär Angst auslösen. Nicht selten berichten Patienten von einer emotionsverneinenden Erziehung („Petra, das siehst du falsch“ oder „So darf man nicht fühlen“) oder der Emotionsausdruck wurde verbal („Du Heulsuse“, „Eigenlob stinkt“, „Hochmut kommt vor dem Fall“) oder durch körperliche Gewalt („... jetzt hast du endlich einen Grund zum Heulen“) unterdrückt.

Es kann so eine Emotionsphobie entstehen. Auf die primär ausgelösten Emotionen wird dann mit Angst reagiert, die dann wiederum durch operantes Verhalten aktiv (Ablenkung oder aber auch durch Ärgerausdruck) oder passiv (Rückzug, Betäubung) vermieden wird. Dieses problematische Bewältigungsverhalten wird durch das Nachlassen der Angst negativ verstärkt.

Bei dissozialen Patienten („Erst schlagen, dann fragen“) lässt sich in der Therapie oft ein initiales Bedrohungserleben im Sinne einer Verunsicherung („Der hat mich provozierend angeguckt“) mit den primären Emotionen Scham oder Angst herausarbeiten. Lebensgeschichtlich haben solche Patienten oft die Wendung vom Opfer (z.B. des gewalttätigen, alkoholisierten Vaters) hin zum Gewalttäter

vollzogen, um nun „nie mehr Angst“ spüren zu müssen.

ANGEMESSENES BEWÄLTIGUNGSVERHALTEN ERMÖGLICHT KORRIGIERENDE ERFAHRUNGEN

Angemessenes Bewältigungsverhalten ermöglicht (letztlich) die Befriedigung von Grundbedürfnissen und kann so durch Neu-Erfahrungen alte biografische Problemerkahrungen in ihren bis heute noch wirkenden Folgen „korrigieren“.

Angemessenes Bewältigungsverhalten wird immer auch die kognitive Ebene mitaktivieren, da sich angemessenes Bewältigungsverhalten auch an den langfristigen Konsequenzen orientieren muss. Gleichzeitig wird angemessenes Bewältigungsverhalten den in der Situation aktivierten Emotionen – sozial angemessen – Ausdruck verleihen. Letztlich wird es immer um eine interpersonelle Emotionsregulation gehen.

Die in der Tabelle 1 angeführten prosozialen Emotionen Mitgefühl/Mitleid, Mitfreude, Wohlwollen/Freundlichkeit und Gleichmut sind ebenfalls Kennzeichen adaptiver, gelingender und erwachsener Bewältigungsreaktionen. Der Auftritt dieser Emotionen setzt in der Regel eine partiell sich einfühlende Identifizierung mit dem anderen voraus. Ist der emotionale „Stil“ einer Person vermehrt durch pro-soziale Emotionen gekennzeichnet, dürfte diese Person von anderen als sehr positiv, lerntheoretisch als positiver sozialer Verstärker wahrgenommen werden. Im Sinne der Reziprozität dürfte einer solchen Person dann ein erhebliches Reservoir an sozialer Unterstützung als Quelle adaptiver Bewältigungsreaktionen zur Verfügung stehen.

Adaptives Bewältigungsverhalten wird oft bewusst, kontrolliert und regel- oder plangeleitet erfolgen. Wie im Problemlöseverfahren (Fliegel et al., 1994, S. 237 ff.) erfolgt die Auswahl des Verhaltens (ggf. besser als Handlung zu bezeichnen) dann im Rahmen einer bewussten Problemanalyse, einer Sammlung und Bewertung möglicher Lösungsmöglichkeiten mit der anschließenden Auswahl, Durchführung und Erfolgsbewertung eines Vorgehens. Im Alltag können solche psychosozialen Problemlöseprozesse sehr schnell durchlaufen werden: „Was ist überhaupt los? Was will ich erreichen? Was kann ich tun? Was bewirkt was? Was geht unter den Umständen und bei den vorhandenen Bedingungen? Das mache ich! Funktioniert es?“. Theoretisch gesehen wird solches Verhalten durch ständige Ist-Soll-Abgleiche gesteuert.

Das Konzept der TOTE-Einheit (test, operate, test, exit nach Miller, Galanter & Pribram, 1960) oder der PDCA-Zyklus (plan, do, check, act nach Deming, 1950) beschreiben aktives und rückmeldegesteuertes Problemlösen als eine Form des adaptiven Bewältigungsverhaltens.

ZWEI REGULATIONSRICHTUNGEN

Wir gehen einmal davon aus, dass es bei der situativen Selbstregulation eine Bottom-up- und eine Top-down-Regulation gibt. In Abbildung 1 ist dies entsprechend durch Pfeile veranschaulicht.

Bottom-up-Selbstregulation: In einer Situation werden entlang der Befriedigung oder Bedrohung von Grundbedürfnissen automatisch Emotionen aktiviert. Diese werden dann kognitiv begleitet oder schon kognitiv reguliert. Bei einer erheblichen Frustration von Grundbedürfnissen und somit auftretenden intensiven aversiven Emotionen wird in der

Regel eine der vier Bedrohungs-Bewältigungsstrategien („fight, flight, freeze, follow“) angestoßen, sofern es nicht zu einer abgewogenen und adaptiven („frustrationstoleranten“) Antwort kommen kann. In der Sprache der Schematherapie wäre eine „frustrationstolerante“ und „umweltsichtiger“ Antwort auf eine Belastungs- oder Bedrohungssituation eine Reaktion aus dem sogenannten gesunden Erwachsenenmodus heraus (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Dieser Zustand („state“) einer Person kennzeichnet sich durch Selbstwahrnehmungsfähigkeit, Impulskontrolle, Berücksichtigung langfristiger Konsequenzen und Orientierung der Einschätzung und des Verhaltens sowohl an sozialen Regeln wie auch an den eigenen Interessen (Zarbock, 2014, S. 60 ff.).

Eine sogenannte *Top-down-Selbstregulation* geht in der Regel von der Verhaltens- oder Kognitionsebene aus. Nur bei motorischem Verhalten und Kognitionen ist eine bewusste, willentliche Kontrolle möglich. Emotionen können wir „nicht machen“, sie werden ausgelöst und „überfallen“ uns. Beim motorischen Verhalten und Kognitionen, die vom inneren Sprechen abgeleitet sind, handelt es sich im lerntheoretischen Sinne um operantes Verhalten, das willkürlich initiiert („emittiert“) werden kann.

MALADAPTIVE SELBSTREGULATION DURCH CHRONISCH AKTIVE VERHALTENS-MUSTER

Maladaptives Bewältigungsverhalten kann habituell und chronisch werden. So können Menschen mit externalisierenden (z.B. narzisstischen und dissozialen) Persönlichkeitsstörungen fast ständig in der Körpermotorik eine latente aggressive Bereitschaftsspannung aufrechterhalten. Gangbild, Blickkontakt, Positionierung des Körpers im Raum, Körperspannung

und Gestik und Mimik signalisieren eine ständige Angriffsbereitschaft. Dies kann dann noch durch entsprechende Dominanz- und Gewaltsignale in Bekleidung und Körperschmuck unterstrichen werden. Emotional dürfte dem Betreffenden hauptsächlich Wut („Wehe, wenn mir jemand dumm kommt“) oder Stolz („Ich bin mächtig und gefährlich“) zugänglich sein.

Das Grundbedürfnis nach Autonomie ist meist überstark entwickelt und der eigene Selbstwert wird über Kontrolle, Einschüchterung und Deklassierung anderer abgesichert.

Eine Variante überkompensatorischen Bewältigungsverhaltens kann z.B. auch in übermäßig sexualisiertem Verhalten bestehen. Körpersprachlich, in Kleidung und Schmuck sowie in der Aufmerksamkeitsausrichtung werden übermäßig und subjektiv erlebensdominant sexuelle und erotische Reize (auffällige Körperstellungen im Sinne ethologischer Aufforderungsgesten, Betonung primärer und sekundärer Geschlechtsmerkmale durch entsprechende Kleidung) und Reaktionen betont.

Emotional lässt sich oft Stolz im Sinne von Überheblichkeit („Ich sehe toll aus – ich ziehe begehrt Blicke auf mich – alle wollen mich“), aber auch Scham („Ist bei mir alles perfekt?“) und Ärger („Was guckt der Typ so blöde?“) erfragen.

Das Grundbedürfnis nach Selbstwert-erhöhung und Autonomie ist überstark entwickelt, an der Erfüllung des Bindungsbedürfnisses („Alle Männer wollen doch nur das eine – dann verlassen sie dich“) wird im Sinne eines ambivalenten Bindungsmusters gezweifelt.

Ein übergeneralisiertes Vermeidungsverhalten hingegen kann in betont unauffälliger Kleidung, sparsamer und zurückgenommener Körpergestik und vorsichtig absichernden Bewegungsmustern bestehen. Emotional überwiegen dann Scham

(„komisch aufzufallen“) und Angst (vor Aufmerksamkeit oder „Angriffen“).

Weitere habituelle, chronische Verhaltensmuster lassen sich je nach individueller Ausprägung entsprechend aufschlüsseln.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die o.g. Verhaltensmuster eben nicht nur Ausdruck zu Grunde liegender früherer Bedürfnisfrustrationen und entsprechender emotionaler Aktivierungen sind, sondern dass sich das Bewältigungsverhalten selbst durch negative und positive Verstärkung stabilisiert und durch motorische Bahnung und Selbstwahrnehmungen entsprechende Emotionen und Kognitionen top-down induziert. Über Körperhaltung, Körpermotorik, Wahrnehmungslenkungen und Ausdrucksgesten hat sich ein ursprünglich „momentanes“ Verhalten zu einem chronisch aktiven Verhaltensmuster entwickelt, das als *Top-down-Selbstregulation* in fast jeder denkbaren Situation aktiv ist.

SELBSTREGULATION DURCH SITUATIONSÜBERGREIFENDE KOGNITIONEN

Top-down-Selbstregulation kann auch – weniger permanent nach außen sichtbar als behaviorale Muster – ihren Ausgangspunkt von kognitiven Mustern nehmen.

Situationsübergreifende schnell aktivierbare Kognitionsmuster können wir als Mindsets (= Mentalität, Geisteshaltung) bezeichnen. Unter Mindset kann man in Anlehnung an Fairburn (2011) ein strukturiertes Gesamt miteinander verbundener Einstellungen, Glaubenssätze, Wahrnehmungslenkungen und Interpretationsrichtungen (bias) verstehen, die immer als miteinander verbundenes Netzwerk aktiviert werden.

Ein solches Mindset kann im Hintergrund des Bewusstseins aktiv sein und

wirkt im Sinne der klassischen Organismusvariable, die vom Organismus in die Situation mit hinein gebracht wird. Die Grundbedürfnisse spielen bei der Top-down-Regulation schon bei der Wahl des Mindsets eine Rolle. Oft kann man ein Mindset, wie z.B. das Essstörungs-Mindset mit der Überzeugung, zu dick zu sein und Kontrolle über die Nahrungsaufnahme ausüben zu müssen, mit in der Biografie chronisch frustrierten Grundbedürfnissen, z.B. nach Bindung oder Autonomie, in Verbindung bringen. Das Mindset stellt dann eine maladaptive Strategie dar, diese Grundbedürfnisse im Sinne von Kontrollerleben (über die Nahrung und die Bedürfnisse) und Selbstwert („Bin etwas Besonderes – stehe über der Schwäche, „fressen“ zu müssen. Bin geistig, rein, ätherisch, leicht, engelsgleich schlank.“) sekundär zu befriedigen.

INTEGRATION VON MEHREREN ERKLÄRUNGSKONZEPTEN IN DER SRH

Das Konzept der Selbst-Regulations-Hierarchie bezieht einige Erklärungskonzepte des menschlichen Verhaltens aufeinander und hierarchisiert sie in der Reihenfolge Grundbedürfnisse, Emotionen, Kognitionen und Verhalten. Bei den Kognitionen werden emotionsbegleitende Kognitionen von bereits emotionsregulierenden Selbstanweisungen und auch bewertende, auf das Selbsterleben und das Selbstwertgefühl bezogenen Kognitionen (im Sinne z.B. der Selbstaufmerksamkeit als Abgleich zwischen Real-Selbst und Ideal-Selbst) unterschieden.

Auf der Ebene des sichtbaren Verhaltens werden emotionsbasierte Signalreaktionen, Kampf, Flucht, Erstarrung und Unterwerfung als Bedrohungs-Coping sowie geplantes, bewusst zielführendes Verhalten zum besseren Verständnis der

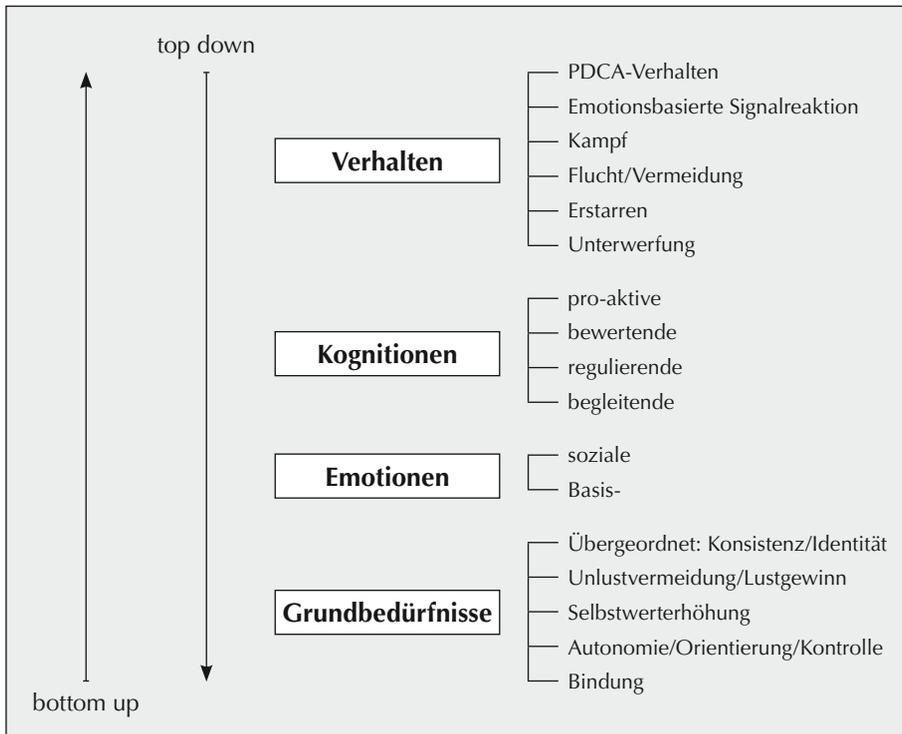


Abbildung 2: Selbst-Regulations-Hierarchie (SRH)

Selbstregulation voneinander differenziert.

Da es sich im Prinzip um relativ einfache Konzepte handelt, dürfte es mit einiger Übung möglich sein, diese Konzepte zur Analyse von spontanen, verbalen Situationsschilderungen bei Patienten zu nutzen und diese Situationen auf die in ihnen deutlich werdende Selbstregulation hin aufzuschlüsseln.

ANWENDUNGSBEISPIELE FÜR DIE SRH

Folgende Anwendungsbeispiele sollen den Nutzen des SRH-Konzeptes für die Diagnostik und Therapie verdeutlichen. Die SRH kann als Heuristik (Findungshilfe) verstanden werden, wenn der Thera-

peut in seinem Menschenbild und seiner Therapieauffassung von der Wichtigkeit von Emotionen und Grundbedürfnissen überzeugt ist und diese systematisch für Ziel- und Prozess-Diagnostik wie zur Generierung therapeutischer Ansatzpunkte nutzen möchte.

ERSTES ANWENDUNGSBEISPIEL

Ein Abteilungsleiter bei einem Energieversorgungsunternehmen ist wegen Burnout und depressiver Symptomatik in Therapie. Selbstüberforderungstendenzen und ungünstige Stressregulation wurden erfolgreich thematisiert und die Therapie nähert sich bei deutlicher Reduktion der depressiven Symptomatik dem Ende zu.

Nach einer zweiwöchigen Therapiepause kommt der Patient wieder und berichtet: *„Es ist alles beim alten, ich habe einen Rückfall gehabt und sitze in einem depressiven Loch. Meine Frau hat mir gesagt, das sei ja so schlimm wie früher, und ich weiß gar nicht, woran es liegt. Die bisherige Therapie bei ihnen war doch eigentlich sehr gut und mir ging es stabil schon besser.“*

Im Sinne der Selbst-Regulations-Hierarchie schildert der Patient noch gar keine Situation, an der man ansetzen könnte. Daher waren die ersten Fragen: *„Was ist anders als früher?“* oder *„Was hat sich denn in ihrem beruflichen oder privaten Leben verändert, was ist neu?“*

Der Patient berichtete dann, dass es zu einer betrieblichen Umstrukturierung gekommen sei, die anfänglich von allen eher positiv gesehen worden war. Nun stellt sich aber heraus, dass sein Vorgesetzter durch diese Umstrukturierung sehr viel weniger Kontakt mit den untergeordneten Stellen hat und gemeinsame Lagebesprechungen, in denen auch ein informeller Austausch möglich war, weitgehend wegfallen. Stattdessen wird von oben nach unten durchreglementiert. Durch Umstrukturierung von Abteilungen sind für den Patienten auch neue Aufgaben hinzugekommen, ohne dass er dafür mehr Zeit- oder Personalressourcen bekommen hätte.

Gemäß der Selbst-Regulations-Hierarchie stellen wir erstmal fest, dass es sich um eine bisher nicht als solche vom Patienten erkannte Belastungsreaktion handelte. Wir untersuchten dann das Verhalten daraufhin, in welche der vier Kategorien es fällt. Deutlich war, dass der Patient einerseits viel unterdrückten Ärger hatte (Ebene der Emotionen), da der Chef quasi vom Alltagsgeschäft freigestellt war und mit den Worten des Patienten *„die Treppe nach oben raufgefallen war“*. Gleichzeitig ist der Patient sehr pflichtbe-

wusst und gewissenhaft und im Prinzip macht ihm seine Arbeit auch Spaß, so dass eine Krankschreibung oder andere Form der Vermeidung der Anforderung für ihn nicht infrage kam. Auch empfindet er eine starke Verantwortung gegenüber den ihm unterstellten Mitarbeitern, die seit der Umstrukturierung alle mehr zu tun haben und oft klagen. Weiterhin war auch der Krankenstand seiner Mitarbeiter sehr hoch. Es ließ sich gut herausarbeiten, dass sowohl Ärger wie Fluchtimpulse vorhanden waren, der Patient oft wie erstarrt ist und abends wieder *„wie früher“* passiv grübelnd im Sessel saß, vermehrt Alkohol konsumierte und somit eher eine passiv vermeidende Belastungsregulation betreibt. Therapeut und Patient überlegten dann, welche Grundbedürfnisse bedroht sind und konnten herausarbeiten, dass in erster Linie Autonomie und das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung frustriert waren und auch, dass die Identität des Patienten gefährdet ist. Durch die betriebliche Reglementierung und Umstrukturierung ist der Entscheidungsfreiraum des Patienten deutlich beschnitten worden. Die positiven Verstärker während der Arbeit und die Möglichkeit, mit seinem Team und seinen Untergebenen zielführend positive Projekte zu gestalten, ist deutlich reduziert worden, sodass auch das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung frustriert war. Ein Identitätskonflikt trat dadurch ein, dass der Patient sich einerseits als sozial engagiert und auch verantwortlich seinen Mitarbeitern gegenüber erlebte, andererseits immer öfter feststellte, dass er Druck von oben nach unten weitergeben musste, um überhaupt *„überleben“* zu können. Insgesamt war eine erhebliche Inkonsistenzspannung auszumachen. Die Anwendung der Selbst-Regulations-Hierarchie half Therapeut und Patient dabei, die psychischen Auswirkungen der veränderten betrieblichen Situation besser zu verstehen.

Hieraus ergaben sich dann zwei mögliche therapeutische Ansatzpunkte: Einerseits wurden Strategien zur verbesserten Selbstregulation erarbeitet, sodass das passive Erstarren mit dem dumpfen Dahinbrüten und vermehrten Alkoholkonsum durch entspannende Spaziergänge am Abend, einen wöchentlichen Saunagang und die Wiederaufnahme leichten Fitnesstrainings mit kämpferischen Elementen (Box-Aerobic) ersetzt wurde. Gerade die kämpferischen Elemente des Fitnesstrainings sollten ein Ventil für die Aggressionen liefern, die voraussichtlich noch über eine gewisse Zeitspanne durch die betrieblichen Zumutungen aktiviert werden würden.

Gleichzeitig wurde im Sinne eines Problemlöseprozesses überlegt, welche Veränderungen tatsächlich in betrieblichen Strukturen und Abläufen realistisch möglich wären und welche davon vom Patienten auf seiner Hierarchieebene auch um- und durchgesetzt werden könnten.

ZWEITES ANWENDUNGSBEISPIEL

Eine Schmerzpatientin mit chronischer Fibromyalgie wird in der Supervision mit der Problematik vorgestellt, dass sie jede Therapiestunde nur mit vorwurfsvollen Klagen über ihren Gesundheitszustand und die sich nicht bessernden Schmerzen beginne. Auch gelingt es der Therapeutin im Laufe der Therapiestunden nicht, die von ihr angedachten Interventionen einzusetzen (Entspannungstraining, Veränderung des Schmerzverhaltens, Aufbau positiver Aktivitäten, um den Zirkel Depressivität – Schmerzen zu unterbrechen). Bei der Thematisierung des psychosozialen Hintergrundes wird folgende Problemsituation deutlich: Die Patientin lebt in einer angespannten Ehesituati-

on, es ist bekannt, dass der Mann über zwei Jahre hinweg ein sexuelles Verhältnis mit einer gemeinsamen Bekannten des Ehepaares hatte, die in der Nähe alleinstehend lebt. Die Patientin hatte dies zufällig herausgefunden und den beiden tatsächlich eine Zeit lang nachspioniert, bis sie sich wirklich sicher war, dass sich ihr Mann und die Bekannte (oft in der Wohnung der Bekannten) trafen. Hinterher darauf angesprochen, wo er gewesen sei, habe der Mann Ausreden gebraucht und auf berufliche Termine verwiesen. Irgendwann hat die Patientin dann den Mann doch energisch mit ihrem Verdacht konfrontiert und auch „zugegeben“, dass sie die beiden mehrmals heimlich verfolgt und zusammen gesehen hätte. Darauf kam es zu einem massiven Streit, in dem aber der Mann letztlich erklärte, die Affäre beenden zu wollen. Ob dieses tatsächlich geschehen ist, kann die Patientin aber bis heute nicht sicher angeben. Da sich aber nach dem Zeitpunkt der Auseinandersetzung ihre Schmerzsymptomatik deutlich verstärkte und sie mit entsprechenden Arztbesuchen und krankengymnastischen Terminen erheblich in Anspruch genommen war, hatte sie es bis heute nicht wieder angesprochen.

In der Supervision wird deutlich, dass die Therapeutin auf das Jammern der Patientin mit latentem Ärger reagiert, da sie sich sehr viel Mühe mit der Patientin gibt, sich von dieser aber ungerechtfertigter Weise kritisiert fühlt. Durch die Anwendung der Selbst-Regulations-Hierarchie wurde folgendes deutlich: Das Fremdgehen des Mannes und der bisher letztlich ungeklärte Status sowohl der Ehe wie auch der ggf. immer noch bestehenden Außenbeziehung haben bei der Patientin auf der Verhaltensebene zu einem Unterwerfungsverhalten geführt, da sie ihren Mann nicht verlieren möchte und sie sich gerade wegen der starken Schmerzen zurzeit eine Trennung nicht vorstel-

len kann. Weiterhin lässt sich auf der Verhaltensebene im Sinne einer aktiven Vermeidung exzessives Grübeln feststellen, wobei die Patientin hinsichtlich der ehelichen Beziehung darüber grübelt, ob sie doch etwas falsch gemacht habe und ob sie sich nicht bereits früher dem Mann gegenüber hätte anders verhalten müssen.

Als Emotionen der Patientin wurden in der Supervision und dann in der anschließenden Therapie herausgearbeitet:

- Wut *(Es wird mir etwas angetan und ich sollte mich wehren!)*
 Schuld *(Habe ich etwas falsch gemacht?)*
 Scham *(Ich bin eine betrogene Ehefrau – wer das wohl alles weiß?)*
 Ekel *(Ich mag meinen Mann, der etwas mit meiner Nachbarin hat, nicht mehr in meine Nähe lassen.)*
 Trauer *(Es könnte sein, dass ich wieder ganz alleine bin.)*
 Angst *(Im Moment würde ich wegen meiner Erkrankung das Leben nicht alleine schaffen.)*

Die Grundbedürfnisse nach Bindung, Autonomie und Selbstwerterhöhung und natürlich auch Unlustvermeidung werden massiv frustriert. Durch das Fremdgehen ist auch das Identitätserleben in Bezug auf die Partnerschaft und die Rolle als Frau nachhaltig in Frage gestellt, so dass auch hier folgerichtig eine hohe Inkonsistenzspannung auszumachen ist.

In der Supervision konnte weiter herausgearbeitet werden, dass wesentliche Bedingungen der Situation der Patientin und ihrer ständigen Klagsamkeit noch nicht hinreichend in der Therapie berücksichtigt worden waren. Die bisher überlegten therapeutischen Maßnahmen (Verstärkeraufbau, Entspannung etc.) setzten nur an der äußersten Spitze des Eisberges an und berücksichtigen die

ständig Inkonsistenz produzierende Kränkungs- und Verunsicherungs-Dynamik nicht. Die Analyse der Situation mit der Selbst-Regulations-Hierarchie ergab Ansatzpunkte zum vorsichtigen emotionsbezogenen Thematisieren im o. g. Sinne. In der Supervision wurden Möglichkeiten erarbeitet, wie die schwierige emotionale Situation bei der Patientin Schritt für Schritt zu bearbeiten wäre. Zusätzlich wurde eine ergänzende Diagnostik angeregt, um zu klären, ob bei der Patientin ggf. auch eine abhängige Persönlichkeitsakzentuierung vorliegen könnte. Auch sollte die Biografie noch einmal auf das Vorliegen assertiver Kompetenzmängel hin untersucht werden. Besonders sollten die partnerschaftlichen Beziehungen vor Eingang der jetzigen Ehe noch einmal auf auffällige interaktionelle Problemmuster im Sinne von Unterwerfung und Überanpassung hin analysiert werden.

DRITTES ANWENDUNGSBEISPIEL

Ein neunjähriger Junge kotet tagsüber ein. Bisherige Therapiemaßnahmen, wie Toiletentraining und Verstärkung des Toilettenganges durch Punkte sammeln, hatten nicht den gewünschten Erfolg gebracht, sondern sogar zur Verstärkung der Einkotsymptomatik tagsüber geführt. Aus der Anamnese ergab sich, dass das Kind eine Risikogeburt war und dass es während der Schwangerschaft massive Probleme in der Ehe dadurch gab, dass der Mann während der Schwangerschaft auswärts sehr viel zu tun gehabt hätte. Die Mutter habe sich während der Schwangerschaft allein gelassen gefühlt, zumal sie ein sehr schwieriges Verhältnis zu ihren eigenen Eltern und auch den Schwiegereltern gehabt habe. Auch hätten sich die Schwiegereltern gerade dann getrennt, als sie

mit dem Jungen schwanger war. Der jüngere Bruder des Patienten ist der Sonnenschein in der Familie und der Patient äußerte in der Exploration, dass er auch gern mal wieder klein sein möchte wie sein Bruder. Auffällig war auch, dass die Symptomatik wieder verstärkt einsetzte, nachdem die Eltern den Patienten – auf Anweisung des Therapeuten hin – für einige einkotungsfreie Tage gelobt hatten. Mit den Eltern ließ sich explorieren, dass sie das Lob eigentlich widerwillig gegeben hätten, da eine saubere Hose in dem Alter ja eigentlich selbstverständlich sein müsse. Eine vertiefte Exploration mit der Frage, wem der Patient denn aus der weiteren Familie ähnlich sei, ergab, dass beide Eltern das Kind vom Charakter und Auftreten her ähnlich dem Opa väterlicherseits erlebten („sich durchsetzen, laut fordern“). Hier ließen sich untergründige Ambivalenzspannungen der Eltern und eine latente partielle Ablehnung des Kindes ausmachen.

Eine Anwendung der Selbst-Regulations-Hierarchie auf diese eher makroskopische Situation ergibt folgende Überlegungen: Das Verhalten des Jungen mit dem Einkoten trägt Züge einer trotzigen Provokation, ist also teilweise dem Angriffsstil der Belastungsbewältigung zuzuordnen. Überlegt werden kann, ob das Verhalten ggf. auch durch seinen Ablenkungscharakter von zugrunde liegenden Emotionen ebenfalls Aspekte der aktiven Vermeidung zeigt.

Von dem Jungen ließen sich vermeidende Kognitionen in Bezug auf die Symptomatik erfragen. Er äußerte, dass es ihm nichts ausmachen würde, noch in die Hose zu machen. Gleichzeitig berichtete er auch, dass er gern wieder so klein wie sein Bruder wäre. Dies könnte man als eine das Einkotverhalten bewertende Kognition sehen, da der Bruder noch gewandelt und von der Mutter dann gesäubert wurde. Einkoten war quasi „gut“,

da es körperliche Zuwendung und Pflege durch die Mutter bedeutete.

Zwei Hypothesen über aktivierte Emotionen wurden erarbeitet. Einmal Trauer aufgrund der Erfahrung, nicht wirklich oder nicht genug geliebt zu werden. Gleichzeitig aber auch massiver Ärger über die mangelnde herzliche Zuwendung der Eltern, insbesondere im Vergleich zum „geherzten“ Bruder.

Im themengeleiteten therapeutischen Spiel tauchte die Thematik Wut deutlich auf. Der Patient wählte zum Spielen oft den bösen Drachen, „der alles mit seinem Feueratem kaputt machte“.

Über den „Zustand“ der Grundbedürfnisse wurde Folgendes vermutet: Das Bedürfnis nach Bindung ist deutlich unterbefriedigt. Das Bedürfnis nach Autonomie war sekundär frustriert, da der Patient aufgrund des Einkotens z.B. nicht bei Freunden übernachten konnte. Hierzu ist auch mitzuteilen, dass der Patient in der Schule und im Spiel mit gleichaltrigen Kindern durchaus gut ankam und auch einige gute Freunde hatte, die die Einkotproblematik bisher noch nicht bemerkt hatten. Auch frustriert war das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung, da die Einkotsymptomatik von seinen Eltern und älteren Geschwistern deutlich und regelmäßig als kindisch und nicht altersgemäß und sehr peinlich kommentiert wurde.

Als therapeutische Konsequenzen aus diesen Betrachtungen wurde das reine Toiletentraining eingestellt. Stattdessen wurde im therapeutischen Spiel mit verschiedenen Angeboten die vermutete Frustration von Grundbedürfnissen und die damit einhergehenden Emotionen thematisch inszeniert und versucht, positive Lösungsangebote zur Bedürfnisbefriedigung zu gestalten. Da die Haupthypothese war, dass ein ambivalentes Bindungsangebot der Eltern dem Jungen gegenüber zu seiner chronischen Bindungsfrustration und einem reaktiven

Trotz führte, wurden mit den Eltern ihre eigenen Familienerfahrungen in Bezugspersonensitzungen thematisiert. Hierzu wurden beide Eltern gebeten, die Aufgabe „Meine Familie in Tieren zeichnen“ für ihre eigene Herkunftsfamilie mit ihnen selbst als Kind zu gestalten. Diese Bilder wurden dann hinsichtlich der deutlich werdenden Beziehungen, Rollenzuweisungen und Grenzziehungen thematisiert. Es wurde das Konzept der transgenerational vererbten Familienmuster eingeführt und besprochen, welche „Charaktereigenschaften“ und Probleme im Sinne einer transgenerationalen Weitergabe von Problemmustern in der Beziehung zwischen dem Patienten und den Eltern wieder auftauchten. Durch Arbeit an der Korrektur der von den eigenen Eltern erhaltenen negativen Botschaften konnten die Kindseltern sie berührende Einsichten gewinnen. Es gelang durch Offenlegung der „unerwünschten“ Erbschaften die aktuell eigenen Familienbeziehungen von den „Schatten der Vergangenheit“ zu lösen. Letztlich gelang es mit der Hintergrundarbeit aus Emotions- und Bedürfnisregulation im Einzelsetting mit dem Kind und der begleitenden Familienarbeit die Situation so zu entlasten, dass der Patient nach zwei Monaten von alleine das Einkoten einstellte.

DISKUSSION

Das Konzept der Selbst-Regulations-Hierarchie integriert bisher getrennte Konzepte der (psycho-bio-sozialen) Verhaltensregulation und postuliert eine partiell hierarchische Organisation mit dem Primat von Grundbedürfnissen und Emotionen. Die hierarchische Regulation kann vom (bedrohten) Grundbedürfnis zum Bewältigungsverhalten bottom-up wie auch von einem habituellen, generalisierten Bewältigungsverhalten zu (dann dysba-

lancierten und verzerrten) Grundbedürfnisaktivierungen top-down erfolgen.

Unter pragmatischer Perspektive ist es sinnvoll in der Therapie zuerst die Regulationsebene herauszugreifen, die im Erleben des Patienten am zugänglichsten erscheint. Die SRH soll es dem Therapeuten jedoch erleichtern, die Verbundenheit aller Regulationsebenen mitzudenken. Dem Therapeuten kann so ermöglicht werden, Gegenläufigkeiten und Dialektiken (z.B. zwischen aggressivem Verhalten und gleichzeitig vorliegendem Bindungsbedürfnis, zwischen stiller äußerer Vermeidung und innerer Wut) zu erkennen, idealerweise mitfühlen und adressieren zu können.

Die Selbst-Regulations-Hierarchie ist somit ein zusätzliches Konzept zum Verständnis verbaler Patientenäußerungen, aber auch zur Generierung von entsprechenden Therapeutenantworten. Bei einer Patientenschilderung kann der Therapeut vorsichtig versuchen, im Narrativ „gelöschte“ oder wenig genau dargestellte Emotionen, Kognitionen, Bewältigungsreaktionen und (Grund-)Bedürfnisse zu erfragen bzw. geleitet entdecken zu lassen. Emotionen können dann differenziert, validiert und in Art, Intensität und Häufigkeit auf ihre Angemessenheit hin beurteilt werden. Je nach dem Ergebnis einer solchen fein differenzierenden Emotionsdiagnostik kann dann an einer Situationsneubewertung, einer Intensitätsregulation der Emotion oder dem angemessenen Ausdruck der Emotion durch zielführendes Verhalten gearbeitet werden. In Bezug auf die verletzten Grundbedürfnisse werden diese klar benannt, als berechtigt beurteilt und es wird nach Wegen ihrer angemessenen Befriedigung gesucht. Emotionen können auch als Signale für den „Zustand“ der Grundbedürfnisse zur Psychoedukation (individuelles Störungsverständnis erarbeiten) und verbesserten Selbstregu-

lation herausgearbeitet werden. Kognitionen können in ihren jeweiligen Funktionen erkannt und ggf. korrigiert werden. Bei der Korrektur negativer Selbst- oder Situationsbewertungen können kognitive Techniken nach Beck und Ellis zur Anwendung kommen. Auf der Verhaltens-ebene kann untersucht werden, wann übergeneralisierte und starre Kampf-, Flucht-, Erstarrungs- oder Unterwerfungsreaktionen quasi automatisch „anspringen“ oder schon zu daueraktiven Haltungen geworden sind. Im Sinne der sozialen Interaktionsanalyse (SIA; Zarbock, 2011, S. 326 ff.) kann dann oft das eigentliche Grundbedürfnis hinter der maladaptiven Bewältigungsreaktion freigelegt werden. Oft kann gezeigt werden, dass das Bedrohungserleben des Patienten auch Resultat einer interpretierenden Verzerrung der Situation ist. Die „Verzerrung“ der Situation kann dann z.B. über eine Erinnerungsbrücke zu einer bedeutsamen, situativ ähnlich gelagerten biografischen Schlüsselsituation führen. Diese wiederum kann durch imaginative Umstrukturierung (Zarbock, 1994; Smucker & Köster, 2014) hilfreich bearbeitet werden.

Mit dem Konzept der Selbst-Regulations-Hierarchie (SRH) soll dem Verhaltenstherapeuten ein zusätzliches Werkzeug angeboten werden. Die SRH ergänzt die verhaltenstherapeutischen Problemanalysen von Situationen um eine verstärkte Betonung der Grundbedürfnisse, der Emotionen und der biologisch fundierten Coping-Reaktionen. Die SRH kann daher gut in ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen als Ergänzung integriert werden. Aus der Perspektive der Schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005; Roediger, 2016a; Zarbock, 2014) gesehen, werden mit der Selbst-Regulations-Hierarchie teilweise Überlegungen der Schematherapie nachgezeichnet, ohne dass die Kernbegriffe der Schematherapie („Schema“, „Modus“) verwandt

werden. Die starke Betonung von Grundbedürfnissen, Emotionen und des biologisch-verankerten Bedrohungs-Copings in der SRH kann Prozesse „hinter“ den Modi und Schemata transparent machen bzw. eine ergänzende Perspektive zur Verfügung stellen.

Es ist Auffassung des Autors, dass neben einer guten therapeutischen Beziehung die Möglichkeit, aus einer Vielzahl von diagnostisch-therapeutischen Perspektiven und Techniken auswählen zu können, die an den Vorlieben und Ansprechbarkeiten des Patienten orientiert sind (Stichwort: Passung), wesentlich zum Erfolg einer VT beiträgt. Auf die Notwendigkeit, bei einem solchen flexibilisierten Vorgehen regelmäßig (psychometrische) Zielerreichungs-Einschätzungen einzuholen, wurde an anderer Stelle bereits hingewiesen (Zarbock, 2016).

LITERATUR

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Cannon, W. B. (1975). *Wut, Hunger, Angst und Schmerz: Eine Physiologie der Emotionen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: MIT.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R. et al. (1994). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Foa, B. & Kozac, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-92.

- Fairburn, Ch. (2011). *Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Franck, D. (1997). *Verhaltensbiologie*. Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. C., Strosal, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: Guilford.
- Hoyer, J. (2000). *Dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit*. Kröning: Asanger.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Lammers, C.-H. (2007). *Emotionsbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- LeDoux, J. E. (1998). *Das Netz der Gefühle – Wie Emotionen entstehen*. Wien: Hanser.
- Meichenbaum, D. H. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-26.
- Miller, G. A., Galanter, E., Pribram, K. A. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rhinehart & Winston.
- Roediger, E. (2016a). *Praxis der Schematherapie. Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung*. Stuttgart: Schattauer.
- Roediger, E. (2016b). Schematherapie für zwei. Die interpersonale Perspektive in der Einzeltherapie und der Supervision. In G. Zarbock (Hrsg.), *Praxisbuch VT-Supervision* (S. 358-367). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Smucker, M. & Köster, R. (2014). *Praxishandbuch IRRT*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishhar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.
- Zarbock, G. (1994). Emotional-imaginative Umstrukturierung traumatischer Episoden. *Verhaltenstherapie*, 4, 122-129.
- Zarbock, G. (2011). *Praxisbuch Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zarbock, G. (2014). *Einladung zur Schematherapie*. Weinheim: Beltz.
- Zarbock, G. (Hrsg.) (2016). *Praxisbuch VT-Supervision*. Lengerich: Pabst Science Publishers.



DIPL.-PSYCH. DR. PHIL. GERHARD ZARBOCK
 PSYCHOLOGISCHER UND KINDER- UND
 JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT
 IVAH, INSTITUT FÜR VERHALTENSTHERAPIE-
 AUSBILDUNG HAMBURG GMBH
 HANS-HENNY-JAHNN-WEG 51
 D-22085 HAMBURG
 E-MAIL: gzarbock@ivah.de